**个人承诺书**

**本人（主账户人）** （身份证号码： ）郑重承诺：

一、**使用人1**姓名 （身份证号码： ）系本人家庭成员（□配偶 □父母 □子女）；

 **使用人2**姓名 （身份证号码： ）系本人家庭成员（□配偶 □父母 □子女）；

 **使用人3**姓名 （身份证号码： ）系本人家庭成员（□配偶 □父母 □子女）。

二、本人自愿将本人职工基本医疗保险个人账户中的结余资金通过个人账户家庭共济的方式，在本人正常享受医保待遇时授权给上述家庭成员按照规定使用。

三、本人对家庭成员发生的符合个人账户资金使用范围的费用，在本人正常享受医保待遇时授权给参保地医保经办机构从我本人个人账户资金中划扣。

四、《苏州市医疗保障局 苏州市财政局关于实施职工基本医疗保险个人账户家庭共济使用有关事项的通知》规定：对参保人员通过虚构家庭成员关系等情形违规享受家庭共济待遇的，医疗保障部门应当立即停止相关当事人家庭共济待遇，追回使用的医保基金，并按照《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规处理。**本人已充分了解上述规定，如虚构家庭成员关系等情形违规享受家庭共济待遇的，由此产生的一切后果及法律责任由本人承担。**

承诺人：

日 期：年月日